



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Aspectos Ginecoobstétricos y Quirúrgicos de las Cesáreas de Emergencia en  
el Hospital Santa Rosa II-2 – Piura 2018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Luri Indelira Libia Aquino (ORCID 0000-0002-7013-988X)

ASESOR:

Dr. Christian Peter Ramírez Castillo (ORCID 0000-0002-0210-7237)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

PIURA – PERÚ

2020

## DEDICATORIA

Este estudio se lo dedico a Dios quien es mi guía día a día y está allí en todo momento para ayudarme a cumplir mis objetivos y metas.

A la memoria de mi hermano Eswind Samuel Livia Aquino quien siempre me enseñó a esforzarme y que ha sido mi luz y mi guía para continuar superándome. A mi madre Indelira quien me ha inculcado valores y ha sido mi motor para continuar, quien siempre me apoya en cada proyecto de mi vida.

A mi querida madrina Silvia Karina Olortiga Farro por el apoyo incondicional durante estos años, durante mis estudios y trabajo. Gracias por todo el amor que me brindan.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco siempre a Dios, por todos los días de vida.

A mi asesor Dr. Christian Ramírez Castillo, por su tiempo y en mi asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

A mis docentes por el apoyo brindado durante mi desarrollo académico que han contribuido en mejorar mis expectativas y han fortalecido mis conocimientos.

## PÁGINA DEL JURADO


 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 4
--	---------------------------------------	---

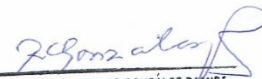
El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **LIBIA AQUINO LURI INDELIRA** cuyo título es:

**ASPECTOS GINECOOBSTETRICOS Y QUIRÚRGICOS DE LAS CESAREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA II-2-PIURA 2018**

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15.....(número)  
Seance.....(letras).

Piura.....03.....de.....02.....del 2010..

  
UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA  
 -----  
 Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO  
 Coordinador de la Escuela de Medicina  
 UCV - Piura  
 -----  
 PRESIDENTE

  
 -----  
 DR. RODOLFO ARTURO GONZÁLEZ RAMÍREZ  
 CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA  
 C.M.P. 24596 - R.N.E. 27806  
 -----  
 SECRETARIO

  
 -----  
 VOCAL  


Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

### DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Luri Indelira Libia Aquino, con DNI 47457797, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina Humana, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y autentica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presentan en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Piura, 03 de febrero del 2020



---

Luri Indelira Libia Aquino

## ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página del jurado .....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Índice .....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT .....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II.MÉTODO .....	11
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	11
2.2. Operacionalización de las variables.....	12
2.3 Población y muestra.....	15
2.4. Criterios de selección.....	15
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	16
2.6 Método de análisis.....	16
2.7. Aspectos éticos .....	16
III. RESULTADOS .....	18
IV. DISCUSIÓN .....	25
V. RECOMENDACIONES .....	28
REFERENCIAS .....	29
ANEXO N°1 Acta de aprobación de originalidad.....	34
ANEXO N°2 Pantallazo de software turnitin.....	35
ANEXO N°3 Autorización de publicación de tesis.....	36
ANEXO N°4 Versión final del trabajo de investigación.....	37

## RESUMEN

**Introducción:** Una de las cirugías ginecoobstétricas más frecuentes, donde su objetivo es conseguir al recién nacido con signos vitales o sin ellos y los anexos ovulares, posterior a la 28<sup>va</sup> semana de gestación, es la cesárea. **Objetivo:** Determinar los aspectos ginecoobstétricos y quirúrgicos de las cesáreas por emergencia realizadas en el Hospital Santa Rosa II-2 - Piura, en el año 2018. **Metodología:** El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal retrospectivo. **Resultados:** el 68% de las gestantes sus edades se encontraban entre 20 a 34 años, su edad gestacional del 94.5% fue a término, el 67% multíparas, el 66% de las gestantes sometidas a cesárea de emergencia no fueron controladas y tan solo 44% fueron controladas. **Conclusión:** la indicación más frecuente fue cesárea previa, seguida de un 17% de distocia de presentación y un 16% trastorno hipertensivo, asimismo el 96.20% la incisión fue supra púbica y tan solo un 3,80% fueron vertical. El tipo de anestésico más utilizado fue anestesia raquídea y el 86.10% tuvo una variación de hemoglobina entre 0.5 gr/dl y un 1.6% la variación fue mayor de 2gr/dl.

**Palabras claves:** cesárea, quirúrgico, gestante, emergencia. (Fuente: DeCs)

## ABSTRACT

**Introduction:** One of the most frequent gynecological-obstetric surgeries, where its objective is to get the newborn with vital signs or without them and the ovular attachments, after the 28th week of gestation, is caesarean section. **Objective:** To determine the gynecological and obstetric aspects of the emergency caesarean sections performed at the Hospital Santa Rosa II-2 - Piura, in 2018. **Methodology:** This research work is a quantitative type of retrospective cross-sectional descriptive design. **Results:** 68% of pregnant women their ages were between 20 and 34 years old, their gestational age of 94.5% was full term, 67% multiparous, 66% of pregnant women undergoing emergency caesarean section were not controlled and Only 44% were controlled. **Conclusion:** the most frequent indication was previous caesarean section, followed by 17% of presentation dystocia and 16% hypertensive disorder, also 96.20% of the incision was suprapubic and only 3.80% were vertical. The most commonly used type of anesthetic was spinal anesthesia and 86.10% had a hemoglobin variation between 0.5 gr / dl and 1.6% the variation was greater than 2gr/ dl.

**Keywords:** caesarean section, surgical, pregnant, emergency. (Source: DeCs)



## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática

Una de las cirugías ginecoobstétricas más frecuentes, donde su objetivo es conseguir al recién nacido con signos vitales o sin ellos y los anexos ovulares, posterior a la 28<sup>va</sup> semana de gestación, es la cesárea, se realiza con la finalidad de minimizar daño en el recién nacido y la madre, este procedimiento debe ser realizado bajo justificación médica que lo a merite, esta intervención ha repercutido en los continentes subdesarrollados y desarrollados, por otro lado se añade en una bibliografía de la OMS que este procedimiento responsabiliza las peculiaridades de las embarazadas de manera individualizada. <sup>1,2</sup>

Según reportes han demostrado que cuando la tasa de cesáreas se aproxima al 10% a nivel de población, hay una disminución en el número de la morbimortalidad tanto materna como perinatal<sup>3</sup>.

En la actualidad existen cifras por encima del 30%; durante la década de los 60 constituía un 5% de los partos. La incidencia es desigual para cada país y/o departamento. Es por ello la preocupación en la salud pública y su posición en la práctica quirúrgica se comprenderá cuando se entienda las reales ventajas, no solo en el actual embarazo sino a la meta reproductiva del paciente<sup>1,4</sup>. Para realizarse una cesárea debe tener alguna complicación que lo permita o que sea un peligro para la embarazada y el neonato, como; trabajo de parto prologando, menor posibilidad de vida neonatal; sin embargo también gira a un riesgo sumamente importante que puede dirigir a una muerte o discapacidad, al menos en lugares donde muestran falencias de una intervención segura. <sup>3,5</sup>

Datos más recientes reportan a nivel mundial, la tasa global promedio de cesáreas es 18,6% en América Latina y el Caribe siendo Brasil el país con más alta tasa de cesáreas (55.6%) seguido de República Dominicana (56.4%). Mientras que, en África, Egipto tiene la tasa más elevada en relación a los demás con un (51.8%), En Asia Irán y Turquía con 47.9% y 47.5%, respectivamente, y en Europa el país con más alta tasa de cesárea es Italia (38,1%)<sup>6</sup>.

El ascenso es significativo año tras año de cesáreas, en el año 2007 fue un 16.9%, 7 años después llegó a un 26.6%, según reporte de ENDES 2014. Asimismo, de todos los nacimientos registrados en la ciudad de Lima representa el 41.3% fueron cesáreas. La prevalencia de cesáreas en el Perú aumentado de un 22,9% a 31,6% <sup>7,8</sup>.

Durante el 2011 y 2015 SUSALUD tuvo que reportar que en el seguro de ESSALUD las cesáreas fueron de 34%, en el SIS se obtuvo un porcentaje superior al 20% de cesáreas y en clínicas el 73% de partos se intervinieron por cesáreas<sup>9</sup>.

A nivel local en el 2016, en el Hospital Santa Rosa – Piura la incidencia de cesárea fue 57,8% ; notándose un incremento en comparación con el año 2017 que se registraron 3387 partos de los cuales el 62.3% fueron cesáreas con una media de 153 y 37.7% partos vaginales con una media de 129, en el año 2018 se registraron 1667 cesáreas, siendo la primera causa de estas la cesárea previa, comparando con el Hospital de Apoyo-Sullana también se evidencia un incremento del número de cesáreas ya que tuvo una incidencia de 59.1 % en el año 2017<sup>10,11</sup>.

Actualmente no existe un control y monitoreo estándar para la vigilancia de cesáreas intervenidas, que tengan en cuenta parámetros normales e internacionalmente para comprar tasas de homogeneidad, esto conlleva que no exista aquel determinante de comprensión de esta tendencia. La OMS plantea una contingencia según un esquema de Robson a nivel mundial.<sup>1</sup>

El modelo Cols y Robson instituyó grupos de diez para vigilar las intervenciones cualitativas como: antecedentes obstétricos, la condición de la gestante, su edad de gestación, el trabajo de parto. Estos parámetros deberían emplearse internacionalmente y orientarlos a una comparación entre el período de una unidad misma. <sup>12,13</sup>.

La clasificación de Robson ha sido utilizada por diferentes instituciones y autores quienes observan la simplicidad y flexibilidad de esta; ya que es práctica de poder utilizarla lo que a su vez permite la implementación y evaluación de intervenciones dirigidas. Su uso es una estrategia para reducir las tasas de cesáreas. Esta clasificación desafía los mitos tradicionales sobre todo para poder determinar con exactitud si la cesárea realmente es necesaria<sup>14</sup>.

El presente proyecto de estudio se analizará cuáles son los aspectos gineco -obstétricos y quirúrgicos de las intervenciones por cesárea en el área de urgencia ejecutadas en el nosocomio de Santa Rosa II-2 – Piura, durante el 2018.

## 1.2. TRABAJOS PREVIOS

### **Internacionales:**

Sarmiento Andrés en Colombia, 2017. Señala las intervenciones por cesárea tienen una tasa superior en los últimos años, refiriendo dicho autor que debe realizarse un exhaustivo análisis al respecto. Cabe resaltar que la cesárea trae consigo un aporte positivo en la relación madre-hijo, pero su implicancia en el aspecto clínico ocasiona una tasa grande de cesáreas a pesar de rotar en un parámetro de buena práctica ginecológica, responsable y equitativa. Se debe recordar que aun coexisten determinantes perturban la disposición de ejercer una cesárea.

El debate en cuestión son uno de los valores éticos profesionales, como la autonomía y como solución científica-medica de los casos ante una gestante son los intereses y el privilegio del paciente y sus intereses, sin interrupciones o imposiciones exteriores<sup>15</sup>.

Briceño J. (2017), sostuvo en su estudio establecer los acontecimientos y ordenes de cesáreas, donde obtuvo como resultados que la incidencia fue de 43,05%, y la indicación más frecuente fue intervención uterina previa con un 45,41%, incongruencia feto-pélvica con 7,75%, el grupo etario más frecuentes fueron de veinte a veinticuatro años con 35,44%, seguida de perdida de riesgo de bienestar fetal con un 21,99%, trastornos hipertensivos con un 4,91% <sup>16</sup>.

Centeno et al. (2017) en su estudio, tuvo como objetivo identificar cualidades de las madres embarazadas con orden de intervención de cesárea; el 86.96% tenían una edad de 20-35 años, el 96.89% con partos a término, el 100% recibió atención prenatal, y 36.65% tuvo una cesárea previa a la actual indicada. <sup>17</sup>.

Narváez A. (2015) en su estudio, su objeto fue asemejar las ordenes de las cesáreas; asimismo determino la incidencia de cesáreas en el nosocomio Calderón Roque Bertha el año 2014, hallándose un 45.4%; triplicando este resultado al superior encomendado por la OMS. (34.8%) tuvieron cesárea anterior y tuvieron que ser privilegiadas por una nueva orden de intervención de la misma, además (32.4%) de la cesárea primaria tuvo el sufrimiento neonatal leve <sup>18</sup>.

Según Ruiz-Sánchez Joaquín, México 2014, también señala que las intervenciones por cesáreas son más frecuentes en todos los países orientando a que se realice un análisis por

aumento de estas cirugías. Dentro de estas prácticas ginecológicas entrar a tallar determinantes biológicos y sociales. Aunque en su artículo trata de efectuar habilidades para reducir el porcentaje<sup>19</sup>

Gabriela Santamaría Naranjo, Ecuador 2013, determino la investigación, que la diferencia céfalo-pélvica, como macrosomía neonatal implican ser causas para dar orden a una intervención por cesárea, la muestra fue 131 neonatos en embarazadas con gestas adecuadas para su EG y que tuvieron diagnósticos preoperatorios de divergencia céfalo-pélvica o macrosomía. Los cuales se halló que el 73% de neonatos presentaron discordancia uterina o macrosomía y el 56% de nacimientos por parto eutócico que al nacer no lo eran<sup>20</sup>.

### **Nacionales:**

Urtecho N. (2017), en su estudio realizado en la ciudad de Tumbes determino las características de las cesáreas primarias el 49% fueron controladas, solo el 34% tuvieron más de 3 controles y 13% tuvieron menos de tres controles, y ningún control gestante 3.2 %, las edades de las embarazadas tenían un rango de 18 a 25 años, dentro de los determinantes neonatales se tiene un grado de 88.1% de casos y. el 82,6 % de gestantes con cesárea no tenían enfermedades de co-morbilidad, los niños con peso optimo representaban el 79,1 %, y un 1,09% de partos era múltiple. <sup>21</sup>

Luque A. (2017) en su investigación; identifico una incidencia 43,4% de cesáreas, 25,5% de las embarazadas tenían cesárea previa y requerían una nueva orden, y por último se evidencio en el 18% sufrimiento neonatal leve. <sup>22</sup>

Álvarez Escobar C. (2017, Piura) se enfocó en realizar su tesis en el Hospital de Sullana - Piura hallando una tasa de cesárea al 59.1%. La transcendental alarma fue materna, con un antecedente de cesárea previa segmentaria en 24.6% y trastornos hipertensivos con 22.9 %, asimismo los factores neonatales del nacimiento fueron perdida de riesgo de salud neonatal con 41.7% y distocia de manifestación podálica con 20.0%, otros determinantes hallados fue oligohidramnios severo 29.4 % y ruptura prematura de membranas con 38.2%.<sup>23</sup>

José Medina Huiza, Lima, 2015, con su tesis, “Determinantes relacionados a orden de cesárea en el Nosocomio Nacional Dos de Mayo”, demostró el 57,5% de cesáreas en el año

conjunto con las edades que oscilaban en los 20 y 35 años , ante la urgencias de los casos solo el 68,7% fue representado y por cesárea previa el 37,5%.<sup>24</sup>

Ana Maylle Bonilla, Huánuco, 2014. Se basó con establecer la tasa de cesáreas en los años 2010 a 2014; y como determinantes generales se tuvo: nivel educativo, estado civil conviviente, edad joven, nivel socioeconómico, determinantes ginecológicas: nacimientos mayores a 37 semanas de gestación. Y como en todos los trabajos realizados, coinciden que en mayor frecuencia fueron las cesáreas por emergencia concluyendo que hubo disminución en comparación con los años anteriores de 37,7% a 34%.<sup>25</sup>

E, Gálvez Liñán; 2013. Callao. Estableció como están los porcentajes de cesáreas en el Nosocomio San José del Callao. 32% las madres tienen edad de 20 y 24, el 52 % tienen gestantes anteriores, el 69% no son cesareadas, el 81%, rotaban entre las 37 y 40 semanas. El 95% de neonatos tenían peso adecuado. El 56% de las intervenciones fueron por aceptación de la gestante, el 12% tuvo preeclampsia y discordancia feto-pélvica y 9% sufrimiento neonatal leve y 7% distocia funicular, expulsivo prolongado, carencia útero placentaria, 6% de líquido amniótico bajo, manifestación podálica, embarazo prolongado, feto transverso, y trabajo de parto fase latente 4%, otros 3%. Los porcentajes superior de cesárea fue 42 % en relación con el total de nacimientos, hallando un engrandecimiento en el balance con el año antepuesto que obtuvo 40%. Estadísticamente la cesárea por emergencia tuvo el 18% y el 24 % fueron cesáreas autónomas<sup>26</sup>

Quinto flores, Lima, 2013. Estableció los inconvenientes y muerte del recién nacido en intervenciones que culminaron en cesáreas. Los criterios de inclusión fueron, gestantes con edad gestacional a término. De los 472 casos, 18,4% la cesárea presentó inconvenientes, 8,5% de los neonatos tienen sepsis y 3,8% taquipnea transitoria del neonato. Se resalta que los determinantes como edad de la gestante, el sexo del neonato, ni el peso tuvieron influencia en los resultados de embarazos por cesárea. Sin embargo, las semanas de gestación si repercute en los nacimientos por cesárea, un dato importante de casos que ingresaron en el servicio de UCIN fue de 0,4%.<sup>5</sup>

Patiño, et al. (2011), en la ciudad de Tumbes, se indago la tesis denominada, “Control de ocurrencia y factores de cesárea en el Nosocomio de Tumbes; se halló que la continuidad de cesárea en el EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % MINSA, así mismo la media de edad para el MINSA fue menor 26,4 años en comparación con Es Salud que fue de 29,4<sup>27</sup>

A nivel regional SANDOVAL M. (2018), en su estudio donde su objetivo se centró en la incidencia de las cesáreas empleando el estándar de Robson, en el Nosocomio Santa Rosa - Piura donde determino que la incidencia fue de 53.21% del total partos, esta cifra superando lo recomendado por la OMS. El grupo 5 de Robson ocupa el primer lugar con un 35.51%. Los grupos 1 y 10 de Robson ocupan el 2° y 3°, con un 21.22% y 12.24% respectivamente. Estos grupos son aptos de interposición para disminuir el control de cesáreas y con ello influir en la tasa global de cesárea. El incremento notorio y constante de cesáreas en el Hospital de la amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2 muestra que se debe adoptar una técnica de clasificación como el de Robson, el cual permita establecer registros homogéneos, analizar las características epidemiológicas y clínicas de las gestantes, para realizar un seguimiento a lo largo plazo que permita evaluar y comparar las tasas de cesárea<sup>28</sup>.

Talledo Ulfe L et al, Piura, 2016, su estudio se basó en los acontecimientos y ordenes de cesáreas realizadas en embarazadas en la ciudad de Piura, concluyó que 57,8% fueron cesáreas, siendo 68,9% las cesáreas de emergencia en mayor porcentaje, con edades de hasta 22 años, y 14,5% fueron de ordenes prescritas por causa de sufrimiento fetal agudo, cesareada anterior 1 vez y periodo intergenesico corto<sup>29</sup>.

### 1.3.TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

Para el vocablo de cesárea se tienen 3 fundamentos:

Según en la edad media se dijo que Julio Cesar salió por cesárea, lo que actualmente esta hipótesis fue derrumbada porque la probabilidad que la madre de Julio cesar viviera era inferior, debido a la mortalidad del procedimiento en aquel tiempo, además se data que no existe informes médicos de alguna intervención obstétrica antes de la edad media.

La segunda elucidación revela que antes de Cristo se practicaba la cesárea en la última semana de gestación, con el objetivo de salvar al neonato, este procedimiento fue impuesto por Numa Pompilio y se le llamaba a dicha intervención “ley del rey” que luego se cambió a Lex Cesárea, con el tiempo se denominó cesárea.

La última es que la designación se añade a partir de la edad media cuando la característica principal era un corte en la pared del abdomen y del útero, esta explicación no implica

cuando el neonato era desembolsado de la cavidad del abdomen.<sup>25</sup> en el año 1500 Jacob Naufer halló a una gestante con cesárea que sobrevivió ante la intervención, posterior falleció a causa de una sepsis intrauterina debido a que el útero no lo suturaban. En 1876, Porro ejecuto la extirpación del útero terminada la intervención, minimizando el riesgo de fallecimiento e infección del útero. Scanger en 1882, ostento que primero se debe suturar la cavidad uterina y posterior a ello el abdomen, junto al hallazgo de la anestesia y antibióticos en el siglo XIX las prácticas de cesáreas eran más seguras reduciendo la muerte materna. Con los años se ha ido concentrando acontecimientos metodológicos quirúrgicos. En años se actuaba por una cesárea cuando el feto tenia manifestaciones biológicas o metabólicas de emergencia evitando en un mínimo el sufrimiento fetal agudo<sup>30</sup>

En el sector público, como hospitales se observan que las cesáreas tienen una mínima incidencia, a diferencia de las clínicas, esto se debe que los galenos están menos presionados por la responsabilidad de su paciente y por otro lado se añade que en los hospitales la independencia de la gestante está en una mínima decisión de si misma.

Tradicionalmente, esta intervención se relaciona con el peligro a secuelas o resultados post-operatorios negativos, la cesárea se relaciona con el aumento de peligros maternos, en complicaciones como: infección, hemorragias, transfusiones de sangre, trombosis en los miembros inferiores. Además de disimiles determinantes de peligro relacionados a la condición socio económica para poder solventar un gasto de cesárea, infecciones pre-operatorias y post-operatorias, la corioamnionitis, la ruptura de membranas, la preeclampsia y la existencia de comorbilidad, la cesárea de emergencia, la obesidad y la cantidad de ecografías transvaginales.<sup>31</sup>

A cuanto más cesáreas tiene la mujer mayor es el peligro de lesión en sus órganos internos, esto a causa de las cesáreas consecutivas, el historial de cesárea relacionado a acretismo placentario y placenta previa. Porcentualmente hablando para el Instituto Nacional de Perinatología refirió que 50% de embarazadas tuvieron dos o más cesáreas, 21,1% tuvieron una cesárea previa y 9,4% presento acretismo placentario.<sup>30</sup>

Algunas de las complicaciones maternas por cesárea tenemos hemorragias postparto, obstrucción de colon, endometriosis, histerectomía, lesión de uréteres o de vejiga, mientras que los factores de complicación neonatal pueden ser prematuridad o en la cesárea desarrollan taquipnea transitoria.<sup>15</sup>

No obstante, para evitar muertes maternas en las últimas semanas de parto se implica a que se debió evitar el trabajo de parto o a la identificación de una complicación ginecológica. La intervención de cesáreas en embarazadas tiene tres características asistenciales hospitalarias; como la cesárea durante el parto, cesárea de urgencia y cesárea electiva.

El primer tipo de cesárea se compone durante el parto y se da la orden cuando existe una distocia, falla en la inducción del parto, incongruencia pélvica fetal, parto detenido, variación del ensanchamiento o descendimiento, cabe resaltar que este tipo de cesárea no está presente el peligro madre-hijo. La segunda, cesárea de urgencia, se realiza cuando la madre o el neonato tienen una patología detectada con anterioridad y que por consecuencia en este tipo de cesárea está en peligro la vida de ambos, por lo general se sugiere dar orden a culminar el embarazo antes de la edad gestacional normal. La última es la cesárea que se da orden cuando solo la madre o el feto tiene una patología y en su defecto no es recomendable el nacimiento por vía vaginal por lo consiguiente siempre es una intervención programada con previo control.<sup>32</sup>

Un dato sumamente valioso en el tiempo de intervención de la cesárea desde su detección, por ejemplo, la cesárea electiva solo oscila en 30 minutos, y la cesárea de urgencia toma solo en actuar 15 minutos desde que se diagnostica e inicia la intervención hasta que culmina. Para que el profesional especialista dicte su orden en una intervención absoluta se debe observar algunas de las indicaciones; sufrimiento neonatal, incongruencia céfalo-pélvica, liberalidad de placenta, descenso del cordón, placenta previa, dilatación estacionaria o inducción fallida, distocia de presentación, gestante con cesáreas previas; y las relativas, cambio de la rotación, trastorno hipertensivo en la embarazada.<sup>30,32</sup>

La cesárea no está dispensa de peligros como por ejemplo tiene peligro de hemorragia, anestesia, infección, tromboembolias. Además, se añaden peligros altamente intraoperatorio contusión de uréter tres mujeres cada diez mil; lesión vesical 1 mujer cada 1.000; o contusiones neonatales uno a dos recién nacidos cada Cien. Así también peligros inminentes en próximas gestas, como implantación anormal de la placenta 4 a 8 mujeres cada 1.000, ruptura uterina 2 a 7 mujeres cada 1.000, óbito fetal 1 a 4 mujeres por cada 1.000 <sup>33,34</sup>

Se puede afirmar que el tipo de anestésico local es utilizado siempre que no presente contraindicaciones, pues para la práctica de esta intervención la anestesia general tiene más



seguridad.<sup>35</sup> Al culminar el embarazo existirá una distensión vascular del espacio epidural, esto conlleva que se reduzca el volumen a 30 – 40 % aumentando la sensibilidad de los anestésicos. Fisiológicamente esto explica la reducción en los requerimientos anestésicos de la paciente.<sup>36</sup>.

Con la incisión de Joel- Cohen se obtiene hallazgos a un plazo corto, solo se requiere de más pesquisas y estudios estandarizados como (fertilidad, rotura del útero, dolor, morbilidad por adherencia de la placenta).<sup>34</sup> este tipo de incisión demora en ingresar, aunque el beneficio es que son menos dolorosas y el riesgo es mínimo de desenrollar una hernia.<sup>37</sup> Asimismo, el auto cuidado de la paciente será importante en su etapa postoperatoria, la cantidad de sangrado vaginal y así como el control ginecológico y palpar el fondo. El balance sanguíneo se realiza en las 12-24 horas posterior a la intervención, si la paciente ya se recuperó después de la operación podría ser dado de alta 2 -4 días postoperatoria.<sup>39</sup>

Se tendría en cuenta que las enfermedades respiratorias en neonatos aumentan cuando la posibilidad de cesárea es programada. Además, los avances tecnológicos y su incidencia en cesáreas están en un 50% de cesáreas electivas, esto a que las pacientes se fijan en factores físicos y estéticos añadido a ello el dolor de parto y determinantes socioeconómicos.<sup>40,41</sup>.

#### 1.4.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los aspectos gineco - obstétricos y quirúrgicos de las cesáreas por emergencia realizadas en el Hospital Santa Rosa II-2 - Piura, en el año 2018?

#### 1.5.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las tasas de incidencia postuladas por la OMS han incrementado tanto debido a las intervenciones de cesáreas en el sector privado con un 73%, mientras que en EsSalud el 34% y para el SIS el porcentaje también es elevado a un 20% generando una marca social de madre-hijo.

El problema surge de qué cantidad de cesareadas son atendidas por emergencia y saber en qué grupo etario se encuentran, los controles prenatales realizados, gestas anteriores, edad gestacional, tipo de incisión, variación de su hemoglobina, tipo de anestesia y complicaciones post-operatorio.

Tesis anteriores demuestran la coexistencia de cualidades clínicas, así como ginecológicas; historiales de intervención ginecológica anterior, mujeres entre 20 a 35 años, de las cuales algunas no tuvieron controles prenatales para ser consideradas controladas, las patologías más frecuentes fueron; corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, obesidad, preeclampsia.

Por lo tanto, se suma la importancia de estar al tanto de estos hallazgos y si la cesárea de emergencia es ejecutada con la finalidad de mejorar el embarazo y el parto.

## 1.6.OBJETIVOS

### 1.6.1 General

- Determinar los aspectos gineco obstétricos y quirúrgicos de las cesáreas por emergencia realizadas en el Hospital Santa Rosa II-2 - Piura, en el año 2018

### 1.6.2. Específicos

- Identificar los aspectos gineco - obstétricos según edad de la gestante, edad gestacional, paridad, número de controles prenatales de las cesáreas por emergencia realizadas en el Hospital Santa Rosa II-2 - Piura, en el año 2018.
- Conocer los aspectos quirúrgicos según morbilidad que condiciona parto cesárea, complicaciones maternas, tipo de incisión, técnica anestésica y la variación de la hemoglobina por la cirugía, en las cesáreas por emergencia en el Hospital Santa Rosa II-2 - Piura, en el año 2018.

## **II. MÉTODO**

### 2.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, diseño observacional, no experimental.

Descriptiva: Narrará la prevalencia de las cesáreas, refiere los aspectos ginecológicos, obstétricos y factores quirúrgicos.

Transversal: Se trabajó con la población en un determinado periodo enero-diciembre 2018.

Retrospectiva: el evento sucedió anteriormente de que se empiece con el estudio.

## 2.2 Operacionalización de las variables

Dimensión	Variable	D. Conceptual	D. Operacional	Indicador	Escala	Tipo de variable
Aspectos Gineco obstétricos	<b>Edad de la gestante</b>	Edad de la gestante desde su nacimiento hasta la fecha.	Edad que tiene la gestante hasta el momento de la cesárea según historia clínica (HCL) o carnet perinatal (CPN)	< 19 años 20-34 años >35 años	Continua	Cuantitativa
	<b>Edad gestacional</b>	Es el tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual hasta la fecha actual.	Es el tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual hasta la cesárea según HCL o CPN.	<b>Según MINSA:</b> <37 > 20 semanas 41 > 37 semanas ≥ 41 semanas	Continua	Cuantitativa
	<b>Paridad</b>	Número total de embarazos que ha tenido una mujer	Número de partos de una mujer incluyendo pre términos y a término según CPN.	<b>Según sociedad peruana de obstetricia y ginecología</b> Gran multípara Multípara Nulípara Primípara	Nominal	Cualitativa

	<b>Número de controles prenatales</b>	Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto.	Número de controles prenatales, que se realizó la gestante según registrado en el CPN.	<b>Según MINSA</b> <6 CPN ( No controlada) >6 CPN (controlada)	Continua	Cuantitativa
<b>Aspectos Quirúrgicos</b>	<b>Morbilidad materna</b>	Presencia de patología aguda que afecta la condición de salud de la madre y el feto que aumenta el riesgo de fallecer	Patología por la cual se realizó la cesárea de emergencia según HCL.	RPM que condiciona a la cesárea. -Antecedente de C.A -PIN corto o largo -Corioamnionitis -HTT -THE TdPD	Nominal	Cualitativa
	<b>Tipo de incisión</b>	Procedimiento donde se realiza un corte en la pared de abdomen de la embarazada.	Es la incisión quirúrgica que al realizarse en la intervención es descrita en el formato clínico.	Vertical ( mediana)	Nominal	Cualitativa
				Supra púbica ( Pfannenstiel)		
<b>Técnica de anestesia</b>	Habilidad de anestesia raquídea o general	La técnica de anestésico que se le coloco a la gestante y es registrado en el formato clínico.	Raquídea	General	Nominal	Cualitativa

	<b>Δ Hb pre operatoria y post operatoria</b>	Diferencia entre la hemoglobina preoperatoria y postoperatoria	Diferencia entre la hemoglobina postoperatoria y preoperatoria. Según registrada en la HCL.	-(0- 0.5gr/dl) -(0.6- 1gr/dl) -(1.1-1.5gr/dl) ->de 2 gr/dl	Continua	Cuantitativa
--	--	--	---	---	----------	--------------

### 2.3 Población y muestra

- Universo de Estudio: conformado por el total de pacientes atendidos en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019.
- Población: La población fueron 1667 pacientes.
- Muestra: 181 pacientes.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

**N= 1667**

**Z=1.96**

**P=0.05**

**Q=1- (0.05)**

**D= 0.03%**

**Muestra : 181**

- Unidad de análisis: los gestantes con cesárea de emergencia.

#### 2.4 Criterios de selección:

##### 2.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes gestantes con cesárea de emergencia.
- Paciente gestante que presenten historia clínica completa.

##### 2.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes gestantes con alta voluntaria solicitada.
- Pacientes gestantes con indicación de parto eutócico.

## 2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica fue el análisis de la historia clínica y la observación, con la cual se recogieron los datos importantes de las variables de interés para poder realizar de manera óptima el presente el estudio.

Las fuente de recolección de datos fueron:

- Historias clínicas
- Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones
- Instrumento
- Libro de Partos

## 2.6 Métodos de análisis de datos

La recolección de datos ocurrió mediante la diligencia de la ficha de datos en el Nosocomio II-2 Santa Rosa de Piura que fueron registrados al programa estadístico SPSS V.14 en español y los resultados se presentaron en tablas y/o gráficos.

El análisis será principalmente descriptivo. Para variables categóricas, los resultados serán presentados en frecuencias absolutas y porcentuales, según el tipo de datos. Para variables continuas, se emplearán medias y desviaciones estándar.

## 2.7 Aspectos éticos

El estudio fue revisado para su aprobación por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad César Vallejo - Piura.

En esta investigación tendrá rigor ético que se requiere toda investigación con personas y que cumple con los principios básicos de Bioética:

- a) El principio de Beneficencia, expresado en beneficio de los hallazgos gineco - obstétricos y quirúrgicos de cesáreas del Nosocomio II-2 Santa Rosa

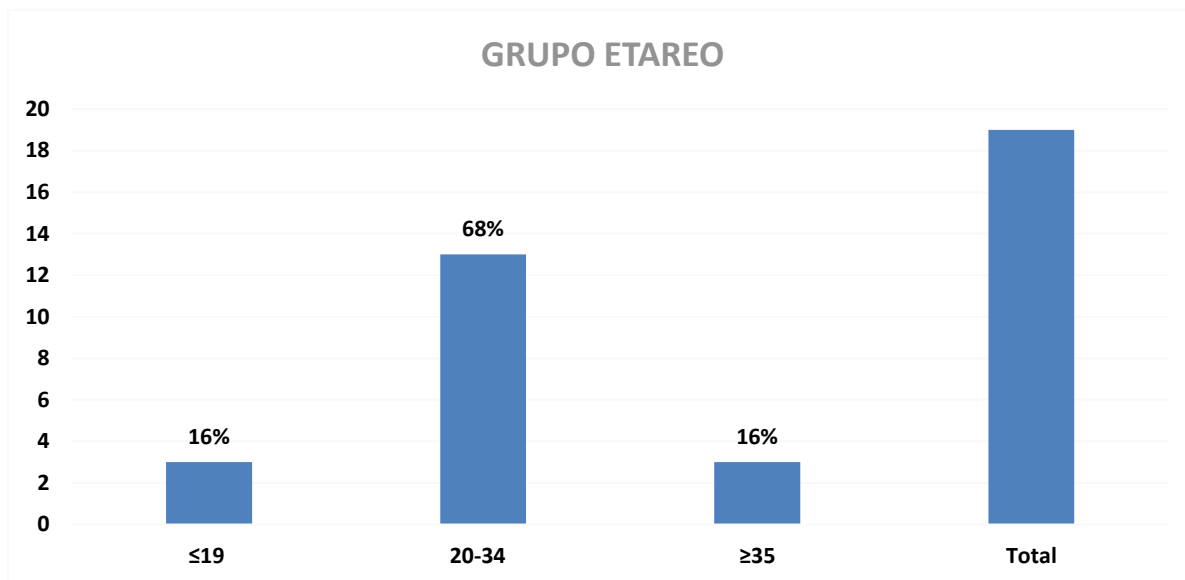


- b) El principio de No maleficencia, este estudio no se introdujo o manipuló variables que interfieran en el estado físico y biológico, psíquico y social de las pacientes en estudio.
- c) El principio de Autonomía y justicia, mediante la autorización de consentimiento informado condicionado a su participación.
- d) Confidencialidad. Los resultados serán con fines científicos de la investigación.

### III. RESULTADOS

#### GRÁFICO N°01

#### ASPECTOS GINECO OBSTÉTRICOS SEGÚN EDAD DE LA GESTANTE. HOSPITAL SANTA ROSA II-2 - PIURA, EN EL AÑO 2018.



**Interpretación:** Observamos que, de la población total, donde el mayor porcentaje se encuentra entre 20 a 34 años con un 68%, el 16% tienen menos de 19 años, asimismo el 16% restante son mayores de 35 años.

**TABLA N°01**

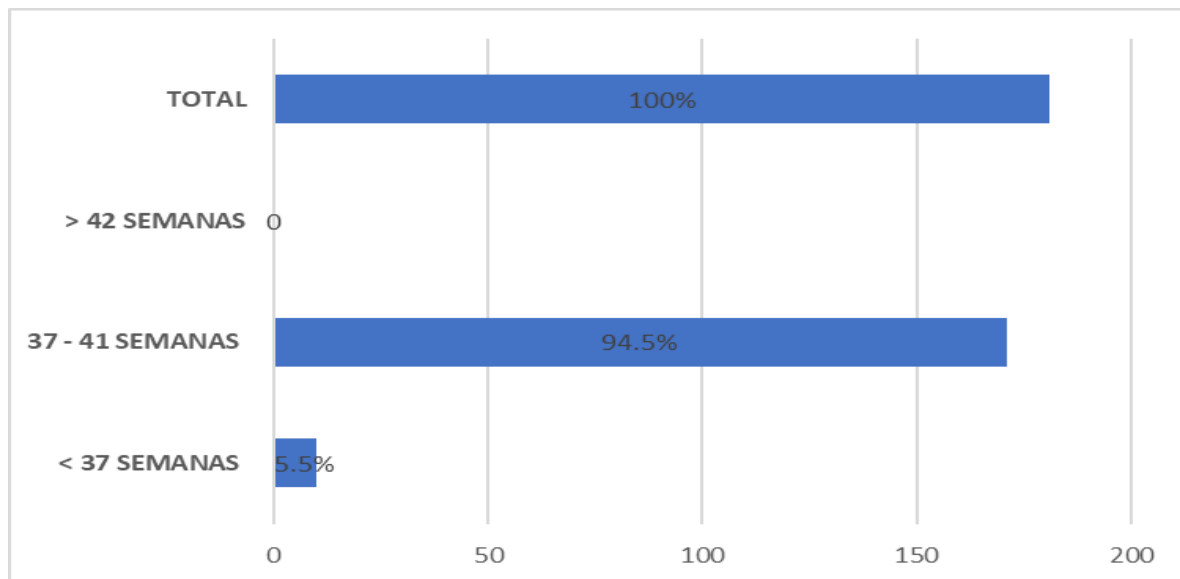
**ASPECTOS GINECO OBSTÉTRICOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL.  
HOSPITAL SANTA ROSA II-2 - PIURA, EN EL AÑO 2018.**

EDAD GESTACIONAL	N	%
< 37 SEMANAS	10	5,5
37 - 41 SEMANAS	171	94,5
> 42 SEMANAS	0	0
TOTAL	181	100

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

**GRÁFICO N°02**

**ASPECTOS GINECO OBSTÉTRICOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL.  
HOSPITAL SANTA ROSA II-2 - PIURA, EN EL AÑO 2018.**



**Interpretación:** Observamos que el 94.5%, sus embarazos fueron a término entre 37 a 41 semanas y 5.5% tenían menos de 37 semanas.

**TABLA N°02**

**ASPECTOS GINECO OBSTÉTRICOS SEGÚN PARIDAD. HOSPITAL SANTA ROSA II-2 – PIURA 2018.**

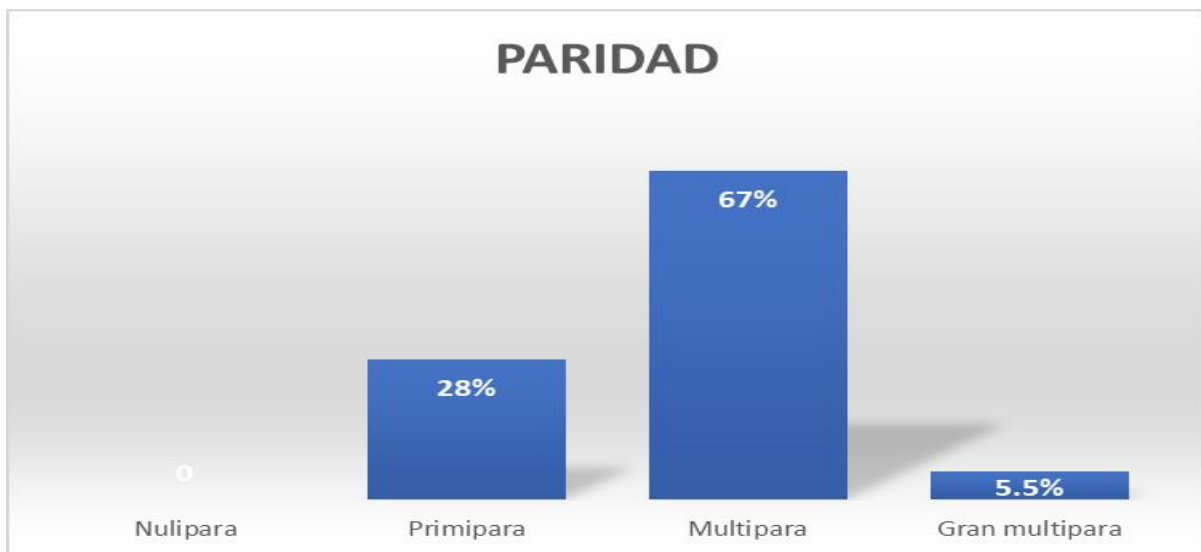
NÚMERO DE PARTOS	N	%
Nulípara	0	0
Primípara	51	28%
Multípara	120	67%
Gran multípara	10	5.50%
TOTAL	181	100

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

**GRÁFICO N°03**

**ASPECTOS GINECO OBSTÉTRICOS SEGÚN PARIDAD**

**HOSPITAL SANTA ROSA II-2 - PIURA, EN EL AÑO 2018.**



**Interpretación:** Observamos que el 67% de las gestantes, fueron multíparas su edad gestacional seguido de un 28% que recién tenían un primer part

**TABLA N°03**

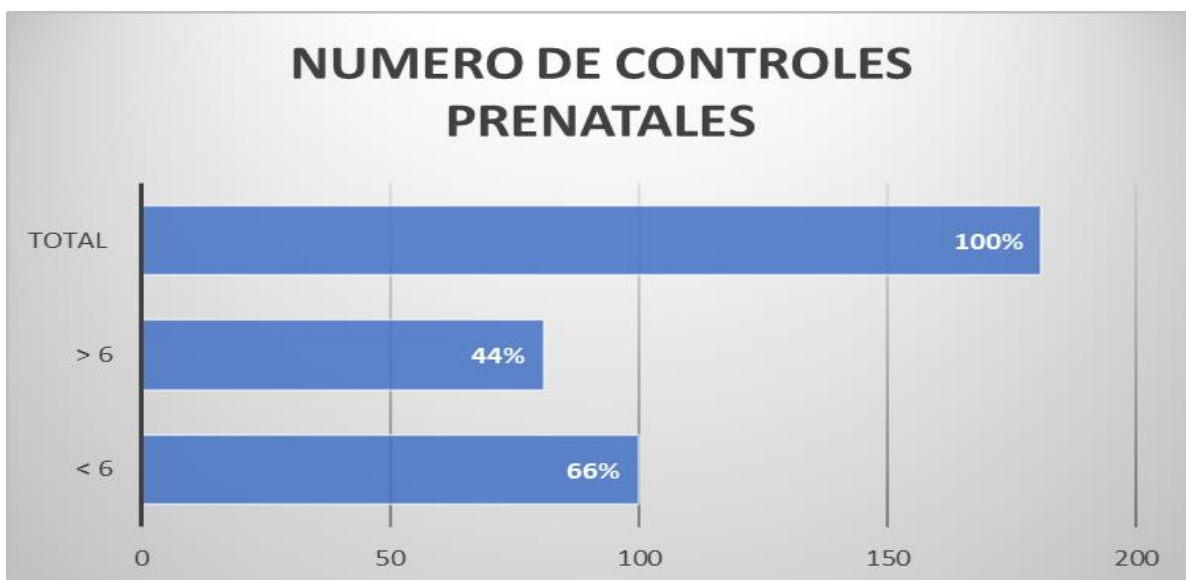
**ASPECTOS GINECO OBSTÉTRICOS SEGÚN NÚMERO DE CONTROLES  
PRENATALES. HOSPITAL SANTA ROSA II-2 - PIURA, 2018.**

NUMERO DE CPN	N	%
< 6	100	56
> 6	81	44
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

**GRÁFICO N°4**

**ASPECTOS GINECO OBSTÉTRICOS SEGÚN CONTROLES PRENATALES  
HOSPITAL SANTA ROSA II – 2 PIURA, 2018**



**Interpretación:** Observamos que el 66% de las gestantes, según la recomendación de la OMS fueron controladas y el 44% recibieron menos de 5 controles prenatales.

**TABLA N°04**

**ASPECTOS QUIRÚRGICOS SEGÚN LA PATOLOGÍA QUE CONDICIONO A LA  
CESÁREA DE EMERGENCIA. 2018**

<b>MORBILIDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cesárea anterior	97	53.5
HTT	19	10.5
THE	29	16
Complicaciones del parto	19	10.5
Distocia de presentación	17	17
Total	181	10.5

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

**GRÁFICO N°05**

**ASPECTOS QUIRÚRGICOS SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS  
HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA, 2018**



**Interpretación:** Observamos que el 53.5% de las cesáreas por emergencia fueron por cesárea anterior, seguida de un 17% de distocia de presentación y un 16% trastorno hipertensivo

**TABLA N°05**

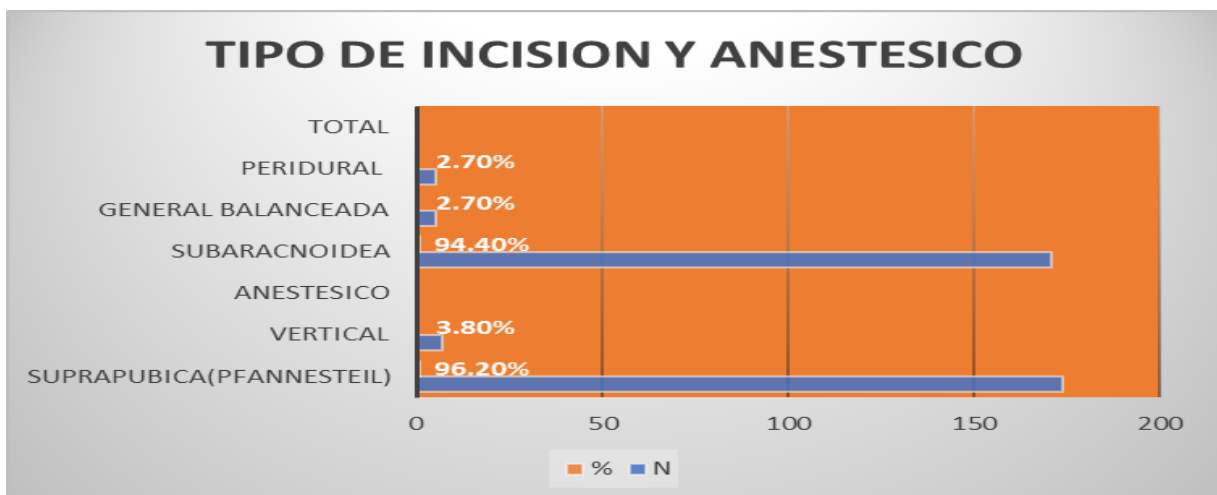
**ASPECTOS QUIRÚRGICOS SEGÚN TIPO DE INCISIÓN Y ANESTÉSICO QUE SE UTILIZÓ EN LA CESÁREA DE EMERGENCIA, HOSPITAL SANTA ROSA II-2 – PIURA 2018.**

<b>TIPO DE INCISIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Supra púbrica (Pfannenstiel)	174	96.20%
Vertical	7	3.80%
<b>ANESTÉSICO</b>		
Raquídea	171	94.40%
General balanceada	5	2.70%
Peridural	5	2.70%
Total		

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

**GRÁFICO N°06**

**ASPECTOS QUIRÚRGICOS SEGÚN TIPO DE INCISIÓN Y ANESTÉSICO  
HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA, 2018**



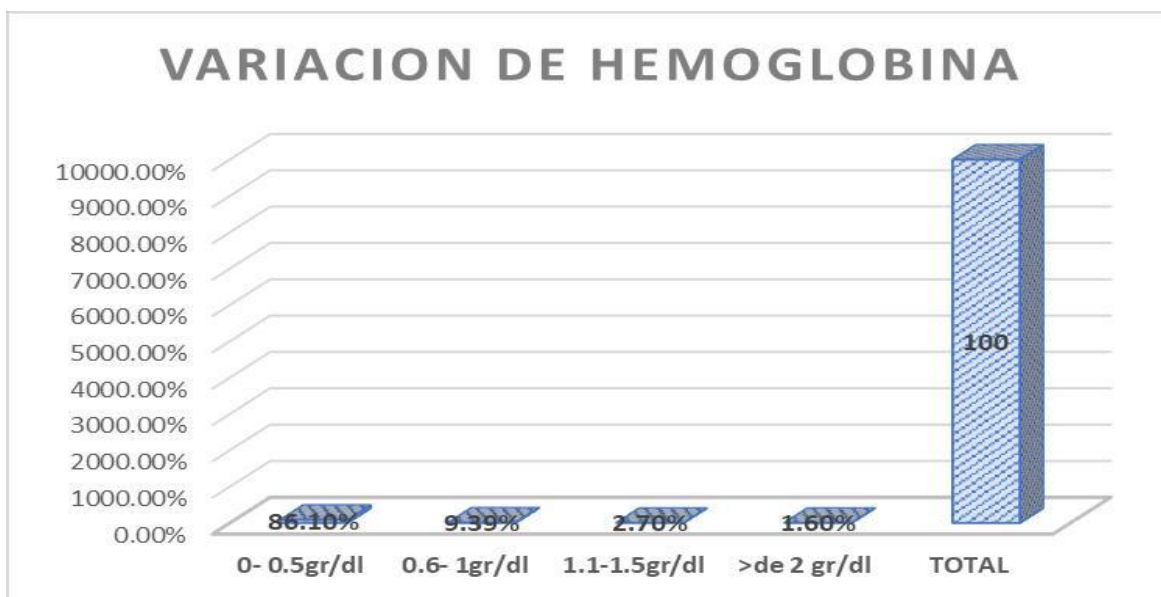
**Interpretación:** El 96.20% la incisión más practicada fue suprapúbica y un 3,80% vertical, además el tipo de anestesia más utilizada fue raquídea en un 94.4%, un 2.70% fue general y peridural.

**TABLA N°06**  
**ASPECTOS QUIRÚRGICOS SEGÚN VARIACIÓN DE HEMOGLOBINA POR LA**  
**OPERACIÓN, HOSPITAL SANTA ROSA II-2 – PIURA 2018.**

VARIACIÓN DE HEMOGLOBINA	N	%
0- 0.5gr/dl	156	86.10%
0.6- 1gr/dl	17	9.39%
1.1-1.5gr/dl	5	2.70%
>de 2 gr/dl	3	1.60%
Total	181	100

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

**GRÁFICO N°07**  
**ASPECTOS QUIRÚRGICOS SEGÚN VARIACIÓN DE HEMOGLOBINA**  
**HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA, 2018**



**Interpretación:** El 86.10% tuvo una variación de hemoglobina menor del 0.5 gr/dl y el 1.6% fue mayor de 2gr/dl; este último porcentaje representa a 3 pacientes que hicieron hemorragia postparto en el puerperio inmediato



#### IV. DISCUSIÓN

Según reportes de la OMS ha demostrado que cuando la tasa de cesáreas se aproxima al 10% a nivel de población, hay una disminución en el número de la morbimortalidad tanto materna como perinatal, pero cuando sobrepasa este porcentaje no se ha evidenciado los mismos resultados.

Es muy evidente el ascenso porcentual año tras año, en América Latina, Brasil es el país con más tasa de cesáreas (55.6%) seguido de República Dominicana (56.4%). El Perú no está exento, y las estadísticas lo demuestran en el 2007 fue un 16.9%, 9 años después llegó a un 31,6% según reporte de ENDES 2016.<sup>7</sup>

A nivel regional el número de partos que se registran, son más vía cesárea que vaginal; tanto el hospital Santa Rosa Piura como el hospital de Sullana ambos tienen porcentaje por encima del 50%.<sup>7</sup>

La inexistencia de un sistema de clasificación normalizado e internacionalmente aceptado para monitorizar y comparar las tasas de cesáreas de forma homogénea y orientada hacia la acción es uno de los factores que ha dificultado una mejor comprensión de esta tendencia.

Es importante mencionar que este Hospital referencial del primer nivel de atención, y el tercer departamento más poblado, con población joven en mayor porcentaje mujeres

Según los resultados obtenidos en el estudio el 68% de las gestantes sus edades se encuentran entre 20 a 34 años, el cual concuerda con el estudio de Centeno et al. (2017) que fue un 86.96%<sup>17</sup>; al igual que Medina Huiza<sup>24</sup>, en el 2015, las mujeres en estas edades fueron en mayor porcentaje las que fueron sometidas a cesáreas. Con estos dos estudios comparados el rango de edades fue 20 a 35 años de edad para ambos.

En estos estudios el rango de edad es más corto Gálvez Liñán<sup>26</sup> encontró, que un 32% tenían entre (20 a 24) años, al igual que Briceño J. (2017)<sup>16</sup>, el grupo etareo más frecuente fue de 20 a 24 años con 35,44%, Talledo<sup>29</sup> determino que con más frecuencia fue en gestantes con edad promedio de 22 años, mientras que Urtecho N. (2017)<sup>21</sup>, amplio este rango donde determino que el grupo etáreo predominante fue de 18 a 25 años. Una diferencia con las investigaciones citadas

es que Patiño, et al. (2011)<sup>27</sup>, en la ciudad de Tumbes, comparo entre MINSA y ES SALUD mostrando que el promedio fue 26,4 años, para MINSA y en ES SALUD fue de 29,4.

Se determinó que el 94.5% de las gestantes fueron a término, el 67% fueron multíparas, el 66% de las gestantes, fueron no controladas, el 53.5% de las cesáreas por emergencia la principal causa fue, cesárea previa, seguida de un 17% de distocia de presentación y un 16% trastorno hipertensivo, el tipo de incisión más realizada fue supra púlica con un 96.20%, con uso de anestesia raquídea, además la variación de la hemoglobina fue menos de 0.5 gr/dl en un 86.10%. Se registraron 3 pacientes que presentaron hemorragia postparto.

Estos resultados guardan relación con estudios recientes donde se encontró que la indicación más frecuente de cesáreas es cirugía uterina previa en la mayoría coinciden en este resultado

Con un 45.41%, la indicación más frecuente fue cesárea previa seguido de pérdida de riesgo de bienestar fetal (21,99%), y trastornos hipertensivos (4,91%) según Briceño (2017)<sup>16</sup> por otro lado Centeno et al<sup>17</sup>. En el mismo año determino que el 100% de su muestra recibió atención prenatal, y la principal indicación de cesárea fue cesárea anterior en un 36.65%. Al igual que Narváez A. (2015)<sup>18</sup> la principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior (34.8%) y en la cesárea primaria fue el sufrimiento fetal agudo (32.4%).

Santamaría (2013)<sup>20</sup>, determino que un 73% fueron los neonatos nacidos por cesárea fueron por desproporción o macrosomía, Urtecho N. (2017)<sup>21</sup>, mostró que el 49% fueron embarazos controlados, y un 51% no lo tuvieron, también y que el 82,6 % de las cesáreas primarias no presentaron comorbilidad. Asimismo, Luque A. (2017)<sup>22</sup> encontró que la indicación principal fue la cesárea previa con 25,5% seguido de sufrimiento fetal agudo con 18%. En Piura estudios realizados avalan los resultados obtenidos según Álvarez Escobar C. (2017, Piura)<sup>23</sup>, la principal indicación fue antecedente de cesárea previa segmentaria en un 24.6% y los trastornos hipertensivos con 22.9 %, pérdida de riesgo de bienestar fetal con 41.7% y distocia de presentación podálica con 20.0%, otras indicaciones fueron la ruptura prematura de membranas con 38.2% y oligohidramnios severo 29.4 % .Talledo Ulfe L et al (2016, Piura)<sup>29</sup> concluyo que la incidencia fue 57,8% - siendo las de emergencia en mayor porcentaje 68,9%, y las indicaciones más frecuentes fueron sufrimiento fetal agudo con un 14,5%, y cesareada anterior

una vez con periodo intergenesico corto. Gálvez Liñán<sup>26</sup>, demostró en su estudio que el 81% de las gestantes tenían entre 37 a 40 semanas, y el 52% fueron nulíparas.

Los resultados muestran que existen concordancia con los estudios previos corroborando que la indicación más frecuente es cirugía uterina previa, que las gestantes no tuvieron controles prenatales o recibieron menos de 6, y que sus embarazos fueron a término.

## V. RECOMENDACIONES

- Según los resultados que se han obtenido se sugiere tratar de mejorar la estrategia en gestantes sobre todo en seguimiento prenatal y captación temprana con la finalidad de que cumpla con sus controles prenatales y llegue al parto mínimo con 6 controles prenatales, con el objetivo de evitar complicaciones en morbilidad y mortalidad.
- Tratar de realizar actividades preventivas promocionales, con la finalidad de contribuir a disminuir factores de riesgo. Así mismo la identificación de signos y síntomas de alarma tempranamente.
- Se sugiere más estudios, donde se busquen otras variables dentro de ellos el número de controles prenatales.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias. [monografías en Internet]\*;2015[19/07/2018]\* disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
2. Cunningham F, Leveno K.J., Bloom S.L., Spong C.Y., Dashe J.S., Hoffman B.L., Casey B.M., Sheffield J.S. Eds. F. Gary Cunningham, et al.eds. Williams. Obstetricia, 24e New York, NY: McGraw-Hill; 2015.
3. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. WHO/RHR/15.02. Organización Mundial de la Salud 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=4CD94BDB050E3376E2C717D19F2E623F?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=4CD94BDB050E3376E2C717D19F2E623F?sequence=1)
4. Schnapp S, Carlos y colaboradores, Operación cesárea. Revista. Medica. Clin (Condes) 2014; 25(6) 987-992.
5. Flores Quinto y colaboradora. Complicaciones y mortalidad neonatal de los embarazos culminados en cesárea en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis pregrado]. Lima; 2013.
6. Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PloS one, 11(2), e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014 Nacional y Departamental. Salud Materna. Jesús María, Lima – Perú. Abril 2015. p. 234
8. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [Sede Web]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. Disponible en: [http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR\\_2016-I.pdf](http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf)

9. Organización Mundial de la Salud: Solo 15 de cada 100 partos deberían ser por cesárea. [En línea]. Waypa.pe más periodismo .2017 [Fecha de acceso 19 de setiembre del 2018. URL disponible en:
10. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [Sede Web]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. Disponible en: [http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR\\_2016-I.pdf](http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf). 8. Talledo L, Talledo C, Pachas P.
11. <http://www.hsantarosa.gob.pe/img/pdf/ANUARIO2017.pdf>
12. Aguilar Redondo R y colaboradores. Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. Trabajos originales. [en línea].2016. [fecha de acceso 5/08/2018]; 81(2): 6. disponible en: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/TRABAJOSORIGINLES020.pdf>
13. Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and MaternMed Rev. 2001; 12:23-19. 24.
14. Betrán, A. P., Vindevoghel, N., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2014). A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. PloS one, 9(6), e97769. doi:10.1371/journal.pone.0097769
15. El fenómeno de la cesárea en Colombia [En línea]. Colombia: El espectador; 2017 Waypa.pe más periodismo .2017 [Fecha de acceso 26 de setiembre del 2018]. URL disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/el-fenomeno-de-la-cesarea-en-colombia-articulo-729035>
16. Briceño J. Incidencia e Indicaciones de Cesárea de las Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora, Universidad Nacional de Loja; 2017 Disponible en <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18311/1/TESIS%20JIMMY%20BRICE%20C3%91O%20GRANDA.pdf>
17. Centeno E. Características De Las Pacientes con Indicación de Cesárea en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Médica Previsional Asunción Minsa, Juigalpa –

Chontales, Nicaragua. Enero – diciembre 2016. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.

18. Narváez A. Indicaciones de Cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN, Managua; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1181/1/63415.pdf>
19. Ruiz-Sánchez, Joaquín, Espino Salvador y Sosa, Vallejos Alfonso. Perinatología y reproducción humana artículo de revisión. Tendencias y resultados [En línea].2013. [Fecha de acceso 26 de setiembre del 2018];28(1); 8.URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip141f.pdf>
20. Santamaría Naranjo, Gabriela. Indicación de parto por cesárea debido a desproporción céfalo pélvica factor fetal o macrosomía y su relación con la antropometría del recién nacido en el servicio de ginecología del hospital Enrique Garcés. [tesis pregrado]. Quito; 2015.
21. Urtecho Nunura, Luis .CARACTERISTICAS DE LAS CESAREAS PRIMARIAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES. [tesis pregrado]. Tumbes 2017.
22. Luque Coyla A. Indicaciones y Tasa de Cesáreas en el Hospital ESSALUD III Puno en el año 2016. Universidad Nacional del Altiplano. Puno; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/7929/2/t972.pdf>
23. Álvarez C. Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital de apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017. Repositorio UPAO. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3995/1/RE\\_MED.HUMA\\_CAROL\\_YN.ALVAREZ\\_INCIDENCIA.INDICACIONES.CESAREA.GESTANTES\\_DATOS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3995/1/RE_MED.HUMA_CAROL_YN.ALVAREZ_INCIDENCIA.INDICACIONES.CESAREA.GESTANTES_DATOS.pdf)
24. Medina Huiza José L. factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo. [Tesis pregrado]. Lima; 2016.
25. Maylle Bonilla, Ana. Incidencia de cesáreas en el hospital base II de la red asistencial de Huánuco. [tesis pregrado]. Huánuco 2014.
26. Gálvez Liñán Edgar M. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao. [Tesis pregrado]. Lima; 2014.

27. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. Disponible en: [http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista\\_1502\\_Esp\\_03.pdf](http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf)
28. Sandoval Mejias, Raúl. Tasa de incidencia de cesáreas y aplicación el modelo de Robson en el hospital de la amistad Perú-corea santa rosa II-2, Piura [Tesis pregrado]. Piura; 2019.
29. Talledo L, Talledo C, Pachas P. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. CIMEL. 2016;21(2):35-7
30. Ulloa Bazán, Carlos. Obesidad y cesárea de emergencia como factores de riesgo asociados a infección de sitio quirúrgico en cesareada del hospital Vitarte. [Tesis pregrado]. Lima; 2017.
31. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Med Mex 2002; 138: 357-66
32. Ros C, Bellart J, Hernández S. Protocolo de cesárea. Protocolos de medicina fetal y perinatal, Servicio de medicina materno fetal – ICGON – hospital clínico Barcelona. 2012.
33. PROTOCOLO CRITERIOS DE INDICACIÓN DE CESÁREA [http://200.72.129.100/calidad/archivo1/Indicacion%20Cesarea%20-%20GCL%201.6\\_v.2.pdf](http://200.72.129.100/calidad/archivo1/Indicacion%20Cesarea%20-%20GCL%201.6_v.2.pdf)
34. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004662.pub2/full/es>
35. Morgan M. Anaesthetic contribution to maternal mortality. Br J Anaesth 1987;59:842-855 21
36. Norris RC, Dewan DM: Effect of gravity on the spread of extradural anaesthesia for cesarean section. Br J Anaesth 1987, 59 : 338 -341.
37. Hedwige SL. Cesarean Delivery. medscape. 2016
38. Medline Plus. Cesárea. [sitio en internet]. Consultado: 11 de agosto de 2012. Disponible en: [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesarean\\_section.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesarean_section.html).
35. Coutinho IC
39. RdAMKLBdFA. Uterine exteriorization compared with in situ repair at cesarean delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008;; p. 639.



40. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, et al: Trabajo de Parto y parto normal, operación cesárea e histerectomía periparto. En: Obstetricia de Williams. 23° edición. McGraw Hill. Mexico, DF. 2010; 390-545. 20.
41. Pellicer A, Hidalgo J, Perales M, Díaz C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Medica Panamericana, D.L. 2013 XXV, 759

## ANEXO N°1

### Acta de Aprobación de Originalidad

UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	ACTA DE ORIGINALIDAD	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
-------------------------------------	----------------------	---

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“ASPECTOS GINECOOBSTETRICOS Y QUIRÚRGICOS DE LAS CESAREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA II-2-PIURA 2018” del (de la) estudiante **LIBIA AQUINO LURI INDELIRA** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 20 de Enero de 2020

UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO - PIURA  
Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura

Firma

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

## ANEXO N° 2

### Pantallazo de Software Turnitin

The screenshot displays the Turnitin Feedback Studio interface. The main document area shows a text passage with several lines highlighted in pink, indicating plagiarism. The highlighted text includes a paragraph about placental adherence, a paragraph about cesarean sections, and a section titled '1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA' with a question about gynecological and surgical aspects of emergency cesarean sections. Below the question is a signature and stamp of Dr. Edgar Bazán Palomino, Coordinator of the School of Medicine at UCV - Piura.

The right-hand panel, titled 'Resumen de coincidencias', shows a similarity score of 15%. Below this, a list of sources is provided:

Rank	Source	Similarity
1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	11 %
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
3	repositorio.untumbes.e... Fuente de Internet	1 %
4	www.who.int Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	<1 %
7	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %

The bottom of the interface shows the page number (9 de 31), word count (6097), and various report options like 'Text-only Report' and 'High Resolution'.

## ANEXO N°3

### Autorización de Publicación de Tesis

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</b>	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo **LIBIA AQUINO LURI INDELIRA**, identificado con DNI N° **47457797** egresado de la Escuela Profesional de **MEDICINA**, de la Universidad César Vallejo, autorizo () No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **ASPECTOS GINECOOBSTETRICOS Y QUIRÚRGICOS DE LAS CESAREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA II-2-PIURA 2018** en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

  
\_\_\_\_\_ **FIRMA**

DNI: 47457797

FECHA: 24 de Enero del 2020

Revisó	Vicerrectorado de Investigación/ DEVAC /Responsable del SGC	Aprobó	Rectorado
--------	---	--------	-----------

*NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.*

## ANEXO N°4

### Versión Final del Trabajo de Investigación.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

#### AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

*LIBIA AQUINO LURI INDELIRA*

INFORME TITULADO:

*ASPECTOS GINECOOBSTETRICOS Y QUIRÚRGICOS DE LAS CESAREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA II-2-PIURA 2018*

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

*MEDICO CIRUJANO*

SUSTENTADO EN FECHA: *03 de febrero del 2020*

NOTA O MENCIÓN: QUINCE(15)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACION